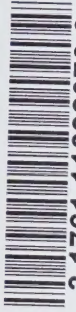


CA20N
L95
-C14



3 1761 11632070 6

Workers. Compensation Appeals
Tribunal
Case management newsletter

WORKERS' COMPENSATION APPEALS TRIBUNAL

CASE MANAGEMENT NEWSLETTER

December, 1995

The New Appeal Application Form

As we mentioned in the November 1995 Case Management Newsletter, the Case Management Team (CMT) and Tribunal staff have developed a new Appeal Application (AA). We attach a copy of the revised form to this Newsletter for your review. We also attach a copy of instructions on how to fill in the AA and a copy of the Tribunal's Appeal Procedures. We plan to start using this package of new documents in early 1996.

The purpose of this Newsletter is to introduce you to the new form and the thinking behind the revisions incorporated in it.

Background

In developing the new AA, the CMT consulted with the Tribunal's Intake staff concerning some of the problems which they and parties have encountered with the former Hearing Application Form (HAF). We also obtained copies of application forms used by other similar institutions across Canada, in the hopes that we could learn from other administrative tribunals' experiences. The result of this consultation is the new AA, which we feel is more streamlined and user-friendly. It is our hope that it will assist both the Tribunal and the parties in obtaining the information which the Tribunal needs to decide cases more efficiently and in receiving that information much earlier than it is currently made available to the Tribunal.

TRIBUNAL D'APPEL DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

BULLETIN D'INFORMATION SUR LA GESTION DES CAS

Décembre 1995

Nouveau formulaire de demande

Comme nous l'avons mentionné dans le numéro de novembre 1995 du *Bulletin d'information sur la gestion des cas*, l'équipe de gestion des cas et le personnel du Tribunal ont conçu un nouveau formulaire de demande. Vous trouverez en annexe aux fins d'examen copie de ce nouveau formulaire, intitulé *Demande d'appel* (ci-après DA). Nous annexons aussi copie de documents d'information sur la façon de remplir ce nouveau formulaire et sur la procédure d'appel du Tribunal. Nous projetons de commencer à utiliser ces nouveaux documents au début de 1996.

Ce bulletin a pour but de vous présenter le nouveau formulaire et les idées dont s'inspirent les révisions qu'il contient par rapport à la demande actuellement en usage.

Contexte

Lors de la conception de la DA, nous avons consulté le Service de réception des nouveaux dossiers pour cerner les problèmes que pose la demande actuelle au personnel du Service et aux parties. Nous nous sommes aussi procurer des exemplaires de formulaires de demande dont se servent des organismes de tout le Canada similaires au nôtre dans l'espoir de profiter de l'expérience d'autres tribunaux administratifs. Cette consultation a mené à la conception d'une nouvelle demande que nous croyons plus fonctionnelle et plus facile à utiliser. Nous espérons que cette nouvelle demande contribuera à une plus grande efficacité en aidant le Tribunal et les parties à obtenir plus tôt dans le processus les renseignements nécessaires au règlement des cas.

Summary of changes

The nature of the changes that appear in the new form are as follows:

- (i) A copy of the decision being appealed is required, so that the Tribunal can better assess how to manage the case properly even before the Board file is ordered and received.
- (ii) The questions are posed more clearly and concisely.
- (iii) There is explicit reference to the need for a copy of an applicant's authority to act for the estate of a deceased worker.
- (iv) The AA clearly raises the possibility of a non-oral hearing process, such as a hearing on the basis of written materials without the need for the parties to attend an oral hearing.
- (v) The parts of the AA requesting the reasons for appealing and an explanation of what benefits or services the applicant wants are expanded.
- (vi) The questions attempt to focus the parties and their representatives on medical issues much earlier than is currently the case. There are two new forms incorporated in the AA form - the Medical Information Form and the Medical Consent Form. In many cases, the medical information in the Board file is not complete or current. Hearing Panels often start a hearing involving a medical issue by asking what doctors the worker has seen. If it then becomes clear that relevant medical reports are missing, an appeal cannot be completed at the hearing; post-hearing investigation becomes necessary and this delays the decision-making process. By asking about recent medical reports in the AA instead of waiting until the hearing, the Tribunal will have that information at an early date and can help the parties ensure that missing medical reports are obtained in advance of the hearing.

Sommaire des changements

Voici en quoi consistent les changements apportés :

- (i) L'auteur de la demande doit fournir copie de la décision portée en appel de façon à permettre au Tribunal de déterminer le mode de traitement le plus approprié, et ce, avant même de demander ou de recevoir copie du dossier de Commission.
- (ii) Les questions posées sont plus claires et concises.
- (iii) Le Tribunal demande explicitement à l'auteur de la demande de fournir, le cas échéant, copie des documents l'autorisant à agir au nom de la succession d'un travailleur décédé.
- (iv) Le Tribunal fait explicitement mention de la possibilité d'un processus dans le cadre duquel l'audition de plaidoiries pourrait être remplacée par un autre genre d'audition, comme par l'examen de documents écrits sans que les parties ne soient tenues d'assister à une audience.
- (v) Les parties du formulaire concernant les motifs de l'appel et les explications relatives aux indemnités et aux services demandés par l'auteur de la demande ont été étoffées.
- (vi) Le Tribunal dirige beaucoup plus tôt l'attention des parties et des représentants sur les questions médicales. La DA est accompagnée de deux nouveaux formulaires, soit le *Formulaire de renseignements médicaux* et l'*Autorisation en matière de renseignements médicaux*. Dans bien des cas, les renseignements médicaux au dossier de la Commission sont incomplets ou ne sont pas à jour. Il arrive souvent que les jurys débutent les audiences concernant des questions médicales en demandant des renseignements au sujet des médecins que le travailleur a consultés. S'il s'avère alors qu'il manque des rapports médicaux pertinents, il est impossible de terminer l'examen de l'appel à l'audience et il faut procéder à des travaux après l'audience ce qui retarde le processus de prise de décision. En demandant dans la DA s'il existe de nouveaux rapports médicaux, plutôt que d'attendre à l'audience pour le faire, le Tribunal disposera des renseignements voulus pour aider les parties à s'assurer de se procurer les rapports médicaux manquants avant l'audience.

Other changes we are considering

There are two other changes we are considering that you should be aware of:

- (i) **The three-week rule changed to a six-week rule for parties:** This would allow greater opportunity for the Tribunal, through Tribunal Counsel, to react to late-filed evidence - for example, to arrange for summonses for necessary witnesses not identified earlier. It emphasizes the need for the parties to move away from last-minute preparation.
- (ii) **The six-week rule not applying to TCO:** Instead, there would be a “reasonable notice” requirement for TCO to advise parties of evidence or witnesses which TCO wishes to bring to the hearing. This exception to the six-week rule would give TCO the flexibility it needs to react to parties’ filings at the six-week point and to bring matters to Hearing Panels prior to the hearing so that, where appropriate, Panels can issue specific instructions on how to deal with “new” materials before the hearing date.

Implementation

As we have noted, we plan to begin using the new AA and related forms in early 1996. We consider it essential that we move quickly to begin using this new AA, as it is an important tool for both the Tribunal and the parties to be better prepared for a hearing. However, if you have any serious concerns with the new AA, or the other changes we are considering in the hearing process, call or write Dan Abrahams, Tribunal Counsel to the Case Management Panel, with your comments at:

**WORKERS’ COMPENSATION APPEALS TRIBUNAL
505 UNIVERSITY AVENUE, 7TH FLOOR
TORONTO, ONTARIO
M5G 1X4
(416) 598-4638 FAX: (416) 326-5164**

If you have comments or questions on other aspects of Case Management, we can attend at conferences or other events to explain the new processes. If you would like such help, please call Zeynep Onen, Alternate Chair at the Tribunal, at the address and telephone number noted above.

Autres changements que nous envisageons

- (i) **Faire passer de trois à six semaines l'échéance de dépôt de la preuve pour les parties :** Le Tribunal aurait ainsi plus de temps pour réagir, par l'intermédiaire du Bureau des conseillers juridiques du Tribunal (ci-après le BCJT), à la preuve déposée tardivement – par exemple, pour prendre les dispositions nécessaires à l'émission d'assignations à l'intention de témoins qui n'ont pas été identifiés plus tôt. Il serait ainsi clair que les parties ne doivent pas attendre jusqu'à la dernière minute pour se préparer.
- (ii) **L'échéance de six semaines ne s'appliquerait pas au BCJT :** Le BCJT serait plutôt tenu de notifier les parties dans un «délai raisonnable» de la preuve ou des témoins qu'il entend présenter à l'audience. Cette exception à l'échéance de six semaines donnerait au BCJT la flexibilité voulue pour prendre les arrangements nécessaires en fonction de la preuve déposée six semaines avant l'audience et, au besoin, pour saisir les jurys de questions nécessitant leur attention avant l'audience de façon à leur permettre d'émettre des directives précises sur la façon de traiter les nouveaux documents déposés avant la date d'audience.

Mise en oeuvre

Comme vous l'avez remarqué, nous projetons de commencer à utiliser la DA et les documents y afférents au début de 1996. Nous considérons qu'il est essentiel de commencer dès que possible à utiliser la DA, étant donné que ce nouveau formulaire aidera beaucoup le Tribunal et les parties à mieux se préparer en vue des audiences. Cependant, si vous avez de graves préoccupations au sujet de la DA, ou des autres changements que nous envisageons d'apporter au processus, transmettez vos commentaires par téléphone ou par écrit à Dan Abrahams, conseiller juridique du jury de gestion des cas, à l'adresse suivante :

TRIBUNAL D'APPEL DES ACCIDENTS DU TRAVAIL
505, AVENUE UNIVERSITY, 7^e ÉTAGE
TORONTO ON M5G 1X4
(416) 598-4638 TÉLÉCOPIEUR : (416) 326-5164

Si vous avez des commentaires ou des questions au sujet d'autres aspects de la gestion des cas, nous pouvons assister à des conférences ou à d'autres événements pour expliquer le nouveau processus. Si vous êtes intéressés à une aide de ce genre, prière de communiquer avec Zeynep Onen, présidente suppléante du Tribunal, à l'adresse susmentionnée.



HOW TO FILL IN YOUR APPEAL APPLICATION

Please read this carefully before completing the application.

Important: It will help the Tribunal to handle your appeal better if we have as much information as possible before the hearing. Please complete the application in full.
Incomplete applications will cause delay and will be returned!

1 THINGS TO CONSIDER BEFORE COMPLETING THE APPLICATION

- Have you received a final decision from the WCB? The Tribunal can **only** consider appeals from final decisions of the WCB.
- Do you have any related claims at the WCB? Are there final decisions in any related claims?
- What decisions do you disagree with?
- Do you have any new information which the WCB did not have about your case?
- Do you want a representative? If so, make arrangements **before** completing the application. You should complete this form with your representative.
- Do you have any questions? Please call (416) 598-4638 and ask for the Intake Department.

2 COMPLETING THE APPLICATION

- Send a copy of the decisions you are appealing with the application.
- Complete the application in full. If parts don't apply to you, write in "not applicable".
- Give specific reasons for your appeal.
- Send any new medical information which the WCB did not have when it made the decision you are appealing along with the application. For example:
 - a report prepared specifically for the Tribunal appeal, whether addressed to the Tribunal, your representative or another doctor;
 - a report from a new doctor or specialist who has seen you since you received the final WCB decision; or
 - a report which suggests a new diagnosis or cause for your condition.
- If your appeal involves a dispute about a medical issue, complete and return the enclosed Medical Information Form along with the application.
- Send your completed application to:

Intake Department
Workers' Compensation Appeals Tribunal
505 University Avenue
Toronto, Ontario M5G 1X4

3 REPRESENTATION

- You may use a representative of your choice or represent yourself. Please see enclosed referral information sheet.
- If you are a unionized employee, you can contact your local union office about possible representation.
- The Ministry of Labour offers the services of advisers for both workers and employers at no cost to you.
- You may wish to hire a lawyer or consultant. The Tribunal does **not** arrange or pay for representation.

4 IF YOU ARE A REPRESENTATIVE

- Review the claim with your client **before** completing the application.
- Make sure that you or your client have completed the application in full.
- Make sure that you give specific reasons for appealing any decisions.
- When you and your client are ready to proceed, send the completed application to the Tribunal, along with any decisions being appealed, any new medical information, and the Medical Information Form (if applicable).
- If you are acting for the estate of a deceased worker, you must attach a copy of your authorization to act (letters of administration, will or letters probate).
- Both you and the applicant **must** sign the application.



COMMENT REMPLIR VOTRE DEMANDE D'APPEL

Prière de lire attentivement ce qui suit avant de remplir la demande.

Important: Vous faciliterez le traitement de votre appel au Tribunal en nous fournissant le plus de renseignements possible avant l'audience. Veuillez remplir la demande complètement.
Les demandes incomplètes causeront du retard et seront renvoyées!

1 POINTS À CONSIDÉRER AVANT DE REMPLIR LA DEMANDE

- Avez-vous obtenu une décision définitive de la Commission des accidents du travail (ci-après la "CAT")? Le Tribunal peut examiner seulement les appels interjetés contre les décisions définitives de la CAT.
- Avez-vous des dossiers connexes à la CAT? Avez-vous obtenu des décisions définitives à l'égard de dossiers connexes?
- Avec quelles décisions n'êtes-vous pas d'accord?
- Avez-vous de nouveaux renseignements que la CAT n'avait pas au sujet de votre cas?
- Voulez-vous un représentant? Le cas échéant, prenez des arrangements avant de remplir la demande. Vous devriez remplir la demande avec votre représentant.
- Avez-vous des questions? Prière de téléphoner au (416) 598-4638 et de demander le Service de réception des nouveaux dossiers.

2 POUR FAIRE UNE DEMANDE D'APPEL

- Envoyez avec la demande une copie des décisions que vous portez en appel.
- Remplissez la demande complètement. Si des parties de la demande ne vous concernent pas, écrivez «sans objet».
- Indiquez précisément les motifs de votre appel.
- Envoyez avec la demande tout nouveau renseignement médical que la CAT n'avait pas quand elle a rendu la décision que vous portez en appel. Par exemple :
 - un rapport préparé spécialement pour le Tribunal d'appel, qu'il soit adressé au Tribunal, à votre représentant ou à un autre médecin;
 - un rapport préparé par un nouveau médecin ou spécialiste qui vous a examiné après la décision définitive de la CAT;
 - un rapport qui semble indiquer un nouveau diagnostic ou qui semble attribuer vos troubles médicaux à une nouvelle cause.
- Si votre appel concerne une question médicale, renvoyez le *Formulaire de renseignements médicaux* avec votre demande.
- Envoyez votre demande remplie au :

Service de réception des nouveaux dossiers
Tribunal d'appel des accidents du travail
505, avenue University
Toronto ON M5G 1X4

3 REPRÉSENTATION

- Vous pouvez retenir les services d'un représentant ou présenter votre cas vous-même. Vous trouverez ci-joint un document d'information au sujet des ressources destinées aux travailleurs.
- Si vous êtes un employé syndiqué, vous pouvez communiquer avec le bureau local de votre syndicat au sujet de votre représentation.
- Le ministère du Travail offre gratuitement les services de représentants aux travailleurs et aux employeurs.
- Vous pouvez retenir les services d'un avocat ou d'un expert-conseil. Le Tribunal ne prend pas d'arrangement pour la représentation des parties et ne paie pas les frais afférents à la représentation.

4 SI VOUS ÊTES UN REPRÉSENTANT

- Passez le dossier en revue avec votre client avant de remplir la demande.
- Assurez-vous que la demande a été complètement remplie, que ce soit par vous ou par votre client.
- Assurez-vous d'indiquer précisément les motifs d'appel de toute décision.
- Quand vous et votre client êtes prêts à procéder, envoyez la demande remplie au Tribunal, en prenant soin de l'accompagner de toute décision portée en appel, de tout nouveau renseignement médical et du *Formulaire de renseignements médicaux* (le cas échéant).
- Si vous agissez au nom de la succession d'un travailleur décédé, vous devez joindre copie du document vous autorisant à agir à ce titre (lettre d'administration, testament, lettres d'homologation).
- La demande doit porter votre signature et celle de l'auteur de la demande.



APPEAL APPLICATION

PLEASE READ THE INSTRUCTIONS AND THE APPEAL PROCEDURES CAREFULLY BEFORE COMPLETING THIS APPLICATION.
PLEASE PRINT OR TYPE.

APPLICANT INFORMATION

I would like the Tribunal to communicate with me in English ☐ French ☐
Français au verso.

Name _____
(Last Name) (First Name)

Address _____
(Street)

(City) (Province) (Postal Code)

Phone Number (Home) () _____
(Work) () _____ Fax Number () _____

(Please check ☒ the appropriate box.)

☐ I am the worker.

When I was injured, I was employed by _____
whose address is _____

☐ I am the worker's dependant who is entitled to receive WCB benefits as a result of the worker's injury.

The worker's name is _____
At the time of the injury, the worker was employed by _____
whose address is _____

☐ I am acting for the estate of a worker who has died.

The deceased worker's name is _____
At the time of the injury, the deceased worker was employed by _____
whose address is _____

MY AUTHORITY TO ACT IS ATTACHED.

☐ I am the employer. The worker's name is (if applicable) _____
whose address is _____

NOTE: Please notify us immediately if you change your address or telephone number.

DECISIONS BEING APPEALED

WCB Claim Numbers _____

I wish to appeal the WCB decisions dated _____
and have enclosed a copy of the decisions.



Tribunal d'appel des accidents du travail

DEMANDE D'APPEL

Référence du TAAT :

Téléphone du TAAT : (416) 598-4638

Télécopieur du TAAT : (416) 326-5164

LIRE ATTENTIVEMENT LES DIRECTIVES SUR LA FAÇON DE REMPLIR LA DEMANDE ET LES RENSEIGNEMENTS SUR LA PROCÉDURE D'APPEL AVANT DE REMPLIR CETTE DEMANDE. PRIÈRE D'ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE OU DE DACTYLOGRAPHIER.

AUTEUR DE LA DEMANDE

J'aimerais que le Tribunal communique avec moi en Français ☐ Anglais ☐
English on reverse

Nom _____
(Nom de famille) (Prénom)

Adresse _____
(Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Téléphone (Domicile) () _____
(Travail) () _____ Télécopieur () _____

(Prière de cocher ☒ la case appropriée.)

☐ Je suis le travailleur.

Quand j'ai subi ma lésion, j'étais employé par _____.

Adresse de l'employeur : _____

☐ Je suis une personne à charge d'un travailleur qui a droit à des indemnités de la Commission des accidents du travail (ci-après la CAT) comme suite à une lésion subie au travail.

Nom du travailleur : _____

Au moment de la lésion, le travailleur était employé par _____.

Adresse de l'employeur : _____

☐ J'agis au nom de la succession d'un travailleur décédé.

Nom du travailleur décédé : _____

Au moment de la lésion, le travailleur décédé était employé par _____.

Adresse de l'employeur : _____

JE JOINS LE DOCUMENT M'AUTORISANT À AGIR COMME REPRÉSENTANT DE LA SUCCESSION.

☐ Je suis l'employeur. Nom du travailleur (le cas échéant) : _____

Adresse du travailleur : _____

À NOTER : Prière d'aviser le Tribunal immédiatement si vous changez d'adresse ou de numéro de téléphone.

DÉCISIONS PORTÉES EN APPEL

Numéro(s) de dossier(s) de la CAT : _____

Je désire interjeter appel des décisions de la CAT datées du _____
et je joins copie des décisions en question.

English on reverse

REPRESENTATION *Please complete (a) or (b).*

(a) I have a representative whose name is _____
 Company or Association Name _____
 Address _____
 (Street) _____
 (City) _____ (Province) _____ (Postal Code) _____
 Phone Number () _____ Fax Number () _____
 - OR -

(b) I will be representing myself in this appeal. Yes ☐

OTHER WCB CLAIMS

I have other claims at the WCB. Yes ☐ No ☐

If "Yes", WCB claim numbers: _____

NOTE: Employer applicants should only list claims involving the same worker.

OTHER TRIBUNAL APPEALS OR DECISIONS *(This includes current and previous appeals.)*

I have had other appeals or decisions at the Tribunal. Yes ☐ No ☐

If "Yes", WCAT numbers or decision numbers: _____

NOTE: Employer applicants should only list claims involving the same worker.

RELEASE OF WCB FILE TO EMPLOYERS *(This section does not apply to employer applicants.)*

I agree that the Tribunal may release documents in the claim file or related claim files or any new information forwarded by me to the Tribunal to any of the employers who appear to the Tribunal Counsel Office to be interested parties.

Yes ☐ No ☐

NOTE:

- You may review your file before agreeing to release information.
- If "No" is checked, processing of the appeal will be delayed until it is determined what may be released.

HEARING

I agree to have my appeal decided on the basis of written materials and without the need for me to attend an oral hearing, if the Tribunal considers it appropriate. Yes ☐ No ☐

I want my appeal to be heard in English ☐ French ☐

I need an interpreter for a hearing. Yes ☐ No ☐ If "Yes", in which language? _____

I plan to have witnesses testify at the hearing. Yes ☐ No ☐

If "Yes", witness names: _____

What will witnesses say? _____

NOTE: Additional pages may be attached.

(b) Je présenterai mon appel moi-même. Oui ☐

AUTRES DOSSIERS DE LA CAT

J'ai d'autres dossiers à la CAT. Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu «Oui», inscrivez les numéros de vos autres dossiers à la CAT: _____.

À NOTER : Si l'auteur de la demande est un employeur, fournir seulement les numéros de dossiers concernant un même travailleur.

APPELS OU DÉCISIONS AU TRIBUNAL D'APPEL (*appels antérieurs et actuels*)

J'ai eu d'autres appels au Tribunal ou j'ai déjà obtenu des décisions du Tribunal. Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu «Oui», inscrivez les numéros de dossiers ou de décisions du Tribunal

À NOTER : Si l'auteur de la demande est un employeur, fournir seulement les numéros de dossiers concernant un même travailleur.

DIVULGATION DU DOSSIER DE LA CAT AUX EMPLOYEURS *(Sans objet si l'auteur de la demande est un employeur.)*

J'accepte que le Tribunal divulgue des documents au dossier de la CAT ou aux dossiers connexes ou tout nouveau renseignement que je lui ai transmis aux employeurs considérés comme des parties intéressées par le Bureau des conseillers juridiques du Tribunal.

Oui ☐ Non ☐

À NOTER : • Vous pouvez examiner votre dossier avant de consentir à sa divulgation.

- Si «Non» est coché, le traitement de l'appel sera retardé jusqu'à détermination des documents pouvant être divulgués.

AUDIENCE

J'accepte que mon appel soit réglé en fonction d'un examen des documents écrits et sans que j'aie besoin d'assister à une audience si le Tribunal considère que cela est approprié. Oui ☐ Non ☐

Je veux que mon appel soit entendu en Français ☐ Anglais ☐

J'ai besoin d'un interprète pour l'audience. Oui ☐ Non ☐ Si vous répondez «Oui», indiquez le langage? _____

J'ai l'intention d'appeler des témoins à l'audience. Oui ☐ Non ☐

Si vous répondez «Oui», indiquez les noms des témoins :

Qu'est-ce que ces témoins diront?

.....

À NOTER : Vous pouvez joindre des pages supplémentaires.

MEDICAL EVIDENCE

(a) My appeal involves a dispute about a medical issue. Yes ☐ No ☐

If "Yes", it is important to complete and return the attached Medical Information Form with this application.

(b) I have new medical information which the Board did not have when it made the decisions I am appealing. Yes ☐ No ☐

If "Yes", it is important to attach any new medical information to the application.

REASONS FOR APPEAL

NOTE: It is important to be as specific as possible. Additional pages may be attached.

(a) I disagree with the WCB decisions because

(b) What compensation benefits or WCB services do you think you should have received? Be sure to state what time periods.

I have read the attached instructions and the Appeal Procedures and am ready to proceed with this appeal. I understand that a copy of this form will be sent to interested parties.

*NOTE: If you have a representative, **both** of you must sign this form.*

Date

Signature

Date

Representative's Signature

NOTICE: The information on this form is collected for the purpose of an appeal under the Workers' Compensation Act, R.S.O. 1990, c. W.11. In some cases, it may be necessary for the Tribunal to collect additional information before the Tribunal can properly determine the appeal. All information is collected pursuant to the Workers' Compensation Act, sections 69(2), 74, 86(1), 87 and 92. Questions about the collection of information should be directed to the Tribunal Counsel Office, Workers' Compensation Appeals Tribunal, 505 University Avenue, Toronto, Ontario M5G 1X4 (416-598-4638).

PREUVE MÉDICALE

- (a) Mon appel concerne une question médicale. Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu «Oui», il est important de remplir et de renvoyer le Formulaire de renseignements médicaux ci-joint avec cette demande.

- (b) J'ai de nouveaux renseignements médicaux que la CAT n'avait pas au moment de rendre la décision que je porte en appel.

Oui ☐ Non ☐

Si vous avez répondu «Oui», il est important de joindre tout nouveau renseignement médical à la demande.

MOTIFS DE L'APPEL

À NOTER : Il est important d'être aussi précis que possible. Vous pouvez joindre des pages supplémentaires.

- (a) Je ne suis pas d'accord avec les décisions de la CAT pour les raisons suivantes :

- (b) Énumérez les indemnités ou les services de la CAT auxquels vous croyez avoir droit. Assurez-vous d'indiquer les périodes en question.

J'ai lu les directives sur la façon de remplir la demande et les renseignements sur la procédure ci-joints et je suis prêt à procéder à l'instruction de cet appel. Je comprends que les parties intéressées recevront copie de ce formulaire.

À NOTER : Si vous avez un représentant, vous devez tous deux signer ce formulaire.

Date

Signature

Date

Signature du représentant

AVIS: Les renseignements sur ce formulaire sont demandés aux fins d'un appel en vertu de la *Loi sur les accidents du travail*, L.R.O. de 1990, chap. W. 11. Dans certains cas, il peut arriver que le Tribunal ait besoin de renseignements supplémentaires avant de pouvoir régler l'appel. Tous les renseignements sont recueillis en vertu des articles 74, 87 et 92 et des paragraphes 69(2) et 86(1) de la *Loi sur les accidents du travail*. Les questions au sujet de cette quête de renseignements devraient être adressées au Bureau des conseillers juridiques du Tribunal, 505 avenue University, 7^e étage, Toronto, ON M5G 1X4 (416) 598-4638.

**MEDICAL INFORMATION FORM**

My appeal is about these medical conditions:

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

I have been seen by the following **doctors** or **other specialists** or **hospitals** for reasons related to my workers' compensation appeal:

Name and (if known) Address and Phone No. of Doctor, Other Specialist or Hospital	Approximate Dates of Visit or Treatment	Condition and Reason for Visit or Treatment (eg. "treatment of foot injury," "psychiatric assessment")
1) _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
2) _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
3) _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
4) _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
5) _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
6) _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

NOTE: Additional pages may be attached.

NOTICE: The information on this form is collected for the purpose of an appeal under the *Workers' Compensation Act*, R.S.O. 1990, c. W.11. In some cases, it may be necessary for the Tribunal to collect additional information before it can properly determine the appeal. All information is collected pursuant to the *Workers' Compensation Act*, sections 69(2), 74, 86(1), 87 and 92. Questions about the collection of information should be directed to the Tribunal Counsel Office, Workers' Compensation Appeals Tribunal, 505 University Avenue, Toronto, Ontario M5G 1X4 (416-598-4638).

**FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Mon appel concerne les questions médicales suivantes :

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

J'ai consulté les **médecins** ou **autres spécialistes** ou **hôpitaux** suivants pour des raisons liées à l'accident du travail en rapport avec cet appel :

Nom et, si possible, adresse et numéro de téléphone du médecin, du spécialiste ou de l'hôpital	Dates approximatives de consultation ou de traitement	Problème médical et raison de la consultation ou du traitement (p. ex. : traitement d'une blessure au pied, évaluation psychiatrique)
1) _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
2) _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
3) _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
4) _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
5) _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
6) _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

NOTE: Vous pouvez joindre des pages supplémentaires au besoin.

AVIS: Les renseignements demandés sur ce formulaire sont recueillis aux fins d'un appel en vertu de la *Loi sur les accidents du travail*, L.R.O. 1990, chap. W. 11. Dans certains cas, le Tribunal peut avoir besoin de renseignements supplémentaires avant de pouvoir régler l'appel. Tous les renseignements sont recueillis en vertu des articles 74, 87 et 92 et des paragraphes 69(2) et 86(1) de la *Loi sur les accidents du travail*. Les questions au sujet de cette quête de renseignements devraient être adressées au Bureau des conseillers juridiques du Tribunal, 505, avenue University, 7^e étage, Toronto ON M5G 1X4 (416) 598-4638.

**MEDICAL CONSENT FORM**

If your appeal involves a dispute about a medical issue:

- (1) Review the sample Standard Request for Medical Information Form (attached). (Note: Do not complete the sample.)
- (2) If you complete the Medical Consent Form, return the original (not a photocopy or fax) with your Appeal Application.
- (3) If you do not complete the Medical Consent Form, the Tribunal may have difficulties processing your appeal.

1. Consent to Obtain Medical Information

I, _____, have reviewed the attached document entitled "Standard Request for Medical Information". This document provides sample questions which may be asked about condition(s) related to my appeal. I authorize the Tribunal to ask those sample questions which the Tribunal decides are relevant to my case of the doctors or specialists or hospitals listed on the Medical Information Form. I authorize the doctors or specialists or hospitals to answer the questions listed on the Standard Request for Medical Information and to release relevant medical information to the Workers' Compensation Appeals Tribunal for use for workers' compensation purposes only.

Date_____
Signature_____
Date_____
Witness**2. Consent to Release of Medical Information**

Please complete (a) or (b).

- (a) I authorize the Workers' Compensation Appeals Tribunal to forward this information to my representative, the parties of record (including my employer(s)) and their representatives, and the Panel. I understand that this material will be used for workers' compensation purposes only and may become part of the permanent documentation respecting this claim for workers' compensation.

Date_____
Signature_____
Date_____
Witness

- O R -

- (b) I want to see this information to determine whether I have any objections to its release.

Please send the information to: MY REPRESENTATIVE: YES ☐ NO ☐

MYSELF: YES ☐ NO ☐

NOTE: If either "Yes" box is checked, processing of the appeal will be delayed until the Tribunal determines what may be released.

Date_____
Signature_____
Date_____
Witness

**AUTORISATION EN MATIÈRE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Si votre appel concerne une question médicale :

- (1) Examinez le spécimen de Demande type de renseignements médicaux (ci-joint). (À noter : Ne pas remplir le spécimen.)
- (2) Si vous remplissez l'Autorisation en matière de renseignements médicaux, renvoyez l'original, et non une photocopie ou une télécopie, avec votre Demande d'appel.
- (3) Si vous ne remplissez pas l'Autorisation en matière de renseignements médicaux, le Tribunal peut avoir de la difficulté à traiter votre appel.

1. Autorisation d'obtenir des renseignements médicaux

Je soussigné, _____, déclare avoir examiné le document ci-joint intitulé *Demande type de renseignements médicaux*. Ce document présente des questions qui peuvent être posées au sujet de problèmes médicaux liés à mon appel. J'autorise le Tribunal à poser les questions figurant sur le spécimen qu'il considère pertinentes à mon cas aux médecins ou aux spécialistes ou aux hôpitaux énumérés sur le *Formulaire de renseignements médicaux*. J'autorise les médecins ou les spécialistes ou les hôpitaux à répondre aux questions énumérées sur la *Demande type de renseignements médicaux* et à divulguer les renseignements médicaux pertinents au Tribunal d'appel des accidents du travail en vue de leur utilisation aux seules fins d'indemnisation relatives à mon accident du travail.

Date_____
Signature_____
Date_____
Témoin**2. Autorisation de divulguer des renseignements médicaux**

Prière de remplir (a) ou (b).

- (a) J'autorise le Tribunal d'appel des accidents du travail à transmettre ces renseignements à mon représentant, aux parties au dossier (y compris mon employeur ou mes employeurs) et à leur représentant et au jury. Je comprends que ces documents serviront aux seules fins d'indemnisation relatives à mon accident du travail et qu'ils pourront être versés dans la documentation permanente relative à cette demande d'indemnité.

Date_____
Signature_____
Date_____
Témoin

- O U -

- (b) Je veux examiner ces renseignements pour déterminer si je m'oppose à leur divulgation.

Prière d'envoyer ces renseignements à : MON REPRÉSENTANT OUI ☐ NON ☐
MOI OUI ☐ NON ☐

À NOTER : Si vous cochez l'une ou l'autre des cases marquées «Oui», le traitement de votre appel sera retardé jusqu'à ce que le Tribunal ait déterminé quels documents peuvent être divulgués.

Date_____
Signature_____
Date_____
Témoin



STANDARD REQUEST FOR MEDICAL INFORMATION

QUESTIONS FOR DOCTORS AND SPECIALISTS WHO MAY HAVE SEEN THE WORKER ABOUT CONDITIONS RELATED TO THIS APPEAL

To the worker: This is a sample form which shows the types of questions which could be asked about your medical conditions. Only questions which are relevant to your case will be asked.

To the doctor or specialist: The signed original of the attached consent form is on file at the Workers' Compensation Appeals Tribunal and is available for inspection on request.

1. Please review your office file for this worker and provide a report concerning any visits this worker made concerning his/her _____ . Please provide details of the dates of visits, symptoms complained of, signs on
[condition related to the appeal]
examination, history provided by the worker, treatment prescribed, and response to any such treatment.
2. Please provide the best copies possible of all consultation reports and reports of any diagnostic testing which may have been carried out concerning this worker's _____ .
[condition related to the appeal]
3. According to _____ , this worker saw you for his/her
[source of information - e.g. reference in Board file, statement by other treating physician]
_____ in approximately _____. However, the consultation report concerning
[condition related to the appeal] [year in which worker was seen]
this, or any other visits which may have been made, is not on file. Please provide the best copies possible of any consultation reports or treatment records and any diagnostic test reports concerning the worker's _____ .
[condition related to the appeal]
4. Was the worker referred to any specialists concerning his/her _____ ? If so, to whom and
[condition related to the appeal]
approximately when were such referrals made ?

QUESTION FOR ANY HOSPITALS TO WHICH THE WORKER MAY HAVE BEEN ADMITTED

To the worker: Only questions which are relevant to this case will be asked.

To the hospital: The signed original of the attached consent form is on file at the Workers' Compensation Appeals Tribunal and is available for inspection on request.

1. Please provide the best copies possible of the admission history and physical report, doctors' progress notes, consultation reports, x-ray or other diagnostic test reports, operative reports, pathology reports, and discharge summary report concerning this worker's admission to your facility for _____ in _____.
[condition related to the appeal] [year in which worker was seen]

If the worker made any follow-up visits to your out-patient department after discharge, please provide copies of the reports of any such visits.



DEMANDE TYPE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

QUESTIONS À L'INTENTION DES MÉDECINS ET SPÉCIALISTES QUI ONT PU RECEVOIR LE TRAVAILLEUR EN CONSULTATION AU SUJET DE TROUBLES MÉDICAUX LIÉS À CET APPEL

Au travailleur : Ce spécimen vous est fourni pour vous montrer le genre de questions qui pourraient être posées au sujet de vos troubles médicaux. Le Tribunal posera seulement les questions qui sont pertinentes à votre cas.

Au médecin ou spécialiste : L'original signé du formulaire d'autorisation ci-joint se trouve dans le dossier au Tribunal d'appel des accidents du travail et est disponible pour examen sur demande.

1. Prière d'examiner votre dossier sur ce travailleur et de faire rapport sur toute consultation avec ce travailleur au sujet de _____ . Prière d'indiquer précisément les dates des consultations, les symptômes dont le
[problème médical lié à cet appel]
travailleur se plaignait, les manifestations cliniques, les antécédents fournis par le travailleur, le traitement prescrit et son résultat.
2. Prière de fournir les meilleures copies possibles de tous les rapports de consultation et de tous les rapports de tests diagnostiques que vous pouvez avoir effectués en rapport avec _____ .
[problème médical lié à cet appel]
3. Selon _____ , ce travailleur vous a consulté au
[source de l'information -p. ex. mention dans le dossier de la Commission, déclaration du médecin traitant]
sujet de _____ environ en _____. Cependant, le dossier ne contient aucun
[problème médical lié à cet appel] [année de la consultation]
rapport de consultation à ce sujet, ou de toute autre consultation que vous avez pu avoir avec ce travailleur. Prière de fournir les meilleures copies possibles de tout rapport de consultation ou de traitement et de tout rapport de tests diagnostiques concernant
_____ du travailleur.
[problème médical lié à cet appel]
4. Est-ce que le travailleur a été orienté vers des spécialistes au sujet de _____ ? Le cas
[problème médical lié à cet appel]
échéant, prière d'indiquer le nom des spécialistes et quand vous avez orienté le travailleur.

QUESTION À L'INTENTION DES HÔPITAUX AUXQUELS LE TRAVAILLEUR A PU ÊTRE ADMIS

Au travailleur : Le Tribunal posera seulement les questions qui sont pertinentes à ce cas.

À l'hôpital : L'original signé du formulaire d'autorisation ci-joint se trouve dans le dossier au Tribunal d'appel des accidents du travail et est disponible pour examen sur demande.

1. Prière de fournir les meilleures copies possible du rapport d'admission et d'examen physique, des notes d'évolution, des rapports de consultation, des rapports de tests radiologiques et diagnostiques et de la feuille médico-administrative en rapport avec l'admission du travailleur à votre établissement au sujet de _____ en
[problème médical lié à cet appel]
_____.
[année de l'admission]

Si le travailleur a effectué des visites de suivi à votre service de soins ambulatoires après avoir reçu son congé de votre établissement, prière de fournir copie de tout rapport relatif à de telles visites.

WORKERS' COMPENSATION APPEALS TRIBUNAL

APPEAL PROCEDURES

CASE DESCRIPTION

The Case Description is a summary of the WCB claim files and contains all relevant documents. It will be used by the Hearing Panel when deciding the appeal. Please call the Tribunal Counsel Office **at least 3 weeks before the hearing date** if you have any serious problems with the information in the Case Description.

THE APPEAL PROCESS

Generally the Tribunal holds an oral hearing on appeals. In some types of cases, the Tribunal may propose to the parties that an appeal be decided on the basis of the Board file and written submissions rather than an oral hearing. The Tribunal Counsel Office may also contact you about other methods of expediting the decision-making process.

MEDICAL EVIDENCE

If the appeal involves a dispute about a medical issue, the worker **must** fill out a Medical Information Form.

It is **essential** that new medical information be sent to the Tribunal and other parties as early as possible so that the Tribunal may properly and efficiently process your appeal. Submission of medical information after you have sent in the application will delay processing of your appeal. Submission of medical information after a hearing is scheduled may cause the adjournment of that hearing and further delay in the processing of your appeal.

The applicant **must** send to the Tribunal, along with the Appeal Application, any new medical information or reports which the Board did not have when it made the decision under appeal, and which the applicant wants the Panel to see. For example:

- a report prepared specifically for the Tribunal appeal, whether addressed to the Tribunal, a representative or another doctor;
- a report from a new doctor or specialist who has seen the applicant since the final WCB decision;
- a report which suggests a new diagnosis or cause for a condition.

THE THREE WEEK RULE

• EVIDENCE:

The parties **must** give any information which they want the Panel to see (in addition to the medical information required to be submitted with the application) to the Tribunal Counsel Office and to any other parties involved in the appeal **at least 3 weeks before the hearing**. The Panel will decide if information which is received late will be used.

TRIBUNAL D'APPEL DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

RENSEIGNEMENTS SUR LA PROCÉDURE D'APPEL

LA DESCRIPTION DE CAS

La description de cas est un sommaire du dossier d'indemnisation. Elle contient tous les documents pertinents au cas. Le jury s'en servira lors de l'audition de l'appel. Vous êtes prié de communiquer avec le Bureau des conseillers juridiques du Tribunal **au moins trois semaines avant la date de l'audience** si vous voyez des problèmes importants dans les renseignements contenus dans la description du cas.

LE PROCESSUS D'APPEL

Le Tribunal entend généralement les appels en audience. Dans certains types de cas, le Tribunal peut proposer aux parties de régler l'appel en fonction de l'examen des documents contenus dans le dossier de la Commission des accidents du travail et d'observations écrites plutôt qu'en audience. Il se peut aussi que le Bureau des conseillers juridiques du Tribunal communique avec vous pour discuter d'autres procédés visant à accélérer le processus de prise de décision.

LA PREUVE MÉDICALE

Si l'appel concerne une question médicale, le travailleur **doit** remplir le *Formulaire de renseignements médicaux*.

Il est **essentiel** que les nouveaux renseignements médicaux soient envoyés au Tribunal et aux autres parties dès que possible afin de permettre au Tribunal de traiter adéquatement et efficacement votre appel. Soumettre des renseignements médicaux après avoir envoyé votre demande d'appel retardera le traitement de votre appel. Soumettre des renseignements médicaux après l'inscription du cas au calendrier des audiences pourrait entraîner l'ajournement de l'audience et retarder davantage le traitement de votre appel.

L'auteur de la demande **doit** envoyer au Tribunal, avec la demande d'appel, tout nouveau renseignement ou rapport médical que la Commission n'avait pas quand elle a rendu la décision en appel et qu'il veut montrer au jury. Par exemple :

- un rapport préparé spécialement pour le Tribunal d'appel, qu'il soit adressé au Tribunal, à un représentant ou à un autre médecin;
- un rapport préparé par un nouveau médecin ou spécialiste qui a examiné l'auteur de la demande après que la Commission ait rendu sa décision définitive;
- un rapport qui semble indiquer un nouveau diagnostic ou qui semble attribuer les troubles médicaux à une nouvelle cause.

L'ÉCHÉANCE DE TROIS SEMAINES

• PREUVE :

Les parties **doivent** transmettre au Bureau des conseillers juridiques du Tribunal et aux autres parties à l'appel tout renseignement (en plus des renseignements requis avec la demande d'appel) qu'elles veulent montrer au jury, et ce, **au moins trois semaines avant l'audience**. Le jury décidera à l'audience si les renseignements reçus en retard seront utilisés.

Cette échéance ne s'applique pas aux politiques de la Commission et aux mises à jour aux dossiers du travailleur. Lorsque le temps le permet, les mises à jour seront généralement transmises aux parties et au jury même si elles sont reçues après l'expiration de l'échéance de trois semaines.

Les parties qui se sentent lésées parce qu'elles ont reçu des documents moins de trois semaines avant la date de l'audience pourront soulever cette question devant le jury d'audience.

This rule does not apply to Board policy documents and updates from the worker's claim files. Where time permits, file updates from the Board will generally be forwarded to the parties and the Panel even if received after the 3 week date.

Parties who feel prejudiced because they have received material after the 3 week date can raise this issue with the Hearing Panel.

Submissions made in writing by the parties on law and policy are not evidence. The 3 week rule does not apply to them.

- **WITNESSES:**

The Tribunal **must** know about any witnesses who will be at the hearing.

The applicant **must** give a list of witnesses and a brief explanation of what each witness will say in the Appeal Application. Other parties **must** inform the applicant, other participating parties, and the Tribunal Counsel Office of their witnesses and what they will say **at least 3 weeks before the hearing**.

Any party (including the applicant) may change the list of witnesses if notice is given to the Tribunal Counsel Office and all other parties **at least 3 weeks before the hearing**.

The worker is expected to testify at the hearing. If the worker is not participating in an appeal by the employer, the employer may ask the Tribunal Counsel Office to summons the worker as a witness.

- **EXPERT WITNESSES:**

If a party intends to call an expert witness, such as a doctor, that party **must** provide the other parties to the appeal and the Tribunal Counsel Office with a written report signed by the expert witness summarizing the evidence which he or she will give **at least 3 weeks before the hearing**.

- **SUMMONS TO WITNESSES:**

If a party wants a witness summoned to the hearing, the party should write to the Tribunal Counsel Office to request a summons **at least 3 weeks before the hearing**, explaining why the witness is necessary and why the summons is required.

WCB TRANSCRIPTS

If a party wants to use part of the WCB transcript at the Tribunal hearing, the party should read the Tribunal's Practice Direction on WCB transcripts (available from the Tribunal) which tells you how a Board transcript can be used. Transcripts of the Board hearing can be ordered by contacting the Appeals Branch of the Board. The Board will provide the name and address of the court reporter and the party will be responsible for the full cost of the transcript. To order a WCB transcript, please call or write:

Appeals Branch
Workers' Compensation Board
200 Front Street West, 9th Floor
Toronto, Ontario M5V 3J1

Tel. (416) 344-3583

Les observations écrites des parties portant sur le droit et les politiques ne constituent pas des éléments de preuve et ne sont pas visées par l'échéance de trois semaines.

- **TÉMOINS :**

Le Tribunal **doit** être informé au sujet de tous les témoins qui seront à l'audience.

L'auteur de la demande **doit** fournir, sur la demande d'appel, une liste de témoins et un résumé de ce qu'ils vont dire. Les autres parties **doivent** informer l'auteur de la demande, toutes les autres parties à l'instance et le Bureau des conseillers juridiques du Tribunal de leurs témoins et de ce qu'ils vont dire, et ce, **au moins trois semaines avant l'audience**.

Toute partie (y compris l'auteur de la demande) peut changer la liste des témoins à condition que le Bureau des conseillers juridiques du Tribunal et les autres parties en soient notifiés **au moins trois semaines avant la date de l'audience**.

On s'attend à ce que le travailleur témoigne à l'audience. S'il s'agit de l'appel d'un employeur auquel le travailleur ne participe pas, l'employeur peut demander au Bureau des conseillers juridiques du Tribunal d'assigner le travailleur à titre de témoin.

- **TÉMOINS EXPERTS :**

Si une partie a l'intention d'appeler un témoin expert, comme un médecin, cette partie **doit** fournir au Bureau des conseillers juridiques du Tribunal et aux autres parties à l'appel un rapport écrit signé par le témoin en question résumant son témoignage, et ce, **au moins trois semaines avant l'audience**.

- **ASSIGNATIONS :**

Si une partie désire assigner une personne à témoigner, elle devrait écrire au Bureau des conseillers juridiques du Tribunal pour lui demander une assignation **au moins trois semaines avant l'audience**, en prenant soin d'expliquer pourquoi le témoin est nécessaire et pourquoi l'assignation est requise.

TRANSCRIPTIONS DE LA COMMISSION

Si une partie veut utiliser des parties d'une transcription de la Commission, elle devrait lire la directive de procédure sur les transcriptions d'audiences de la CAT (disponible au Tribunal). Cette directive de procédure explique comment une transcription de la Commission peut être utilisée. On peut se procurer les transcriptions d'audience de la Commission en communiquant avec la Direction des appels de la Commission des accidents du travail. La Commission vous fournira le nom et l'adresse du sténographe judiciaire et vous devrez acquitter tous les frais liés à la transcription. Pour commander une transcription, prière de téléphoner ou d'écrire à la :

Direction des appels
Commission des accidents du travail
200, rue Front ouest
9^e étage
Toronto ON M5V 3J1
Tél. (416) 344-3583



06-000